Comisión de Salud Pública
y Asistencia Social
S/C

Versión Taquigráfica N° 2386 de 2004

COMITÉ ORGANIZADOR DE LA VIII CONVENCIÓN MÉDICA NACIONAL

Presentación de los alcances y objetivos del evento
ver exposición

INSTALADORES SANITARIOS

Modificación de la normativa vigente
ver exposición

COMITÉ DE NEFROLOGÍA DEL COLEGIO DE ENFERMERAS DEL URUGUAY

Alcance de los artículos 36 y 37 de la Ley Nº 17.613
ver exposición

FEDERACIÓN URUGUAYA DE LA SALUD

Situación del subsector privado de la salud y cierre de CIMA
ver exposición

Versión taquigráfica de la reunión realizada el día 14 de abril de 2004

(Sin corregir)

PRESIDE: Señor Representante Gustavo Amen Vaghetti.

MIEMBROS: Señores Representantes Jorge Chápper, Luis José Gallo Imperiale, Orlando Gil Solares, Ramón Legnani y Wilmer Trivel.

INVITADOS: Por el Comité Organizador de la VIII Convención Médica Nacional, doctores Tabaré Caputti, Presidente; Miguel Fernández Galeano, Vicepresidente; Hugo Rodríguez, Vocal, Gustavo López y Fernando Urruty.

Por los instaladores sanitarios, señor Héctor Elizalde.

Por el Comité de Nefrología del Colegio de Enfermeras del Uruguay, licenciadas Cristina Sacco, Mirta Guillenea, Olga Imperial, Karina Parodi, Lina Machado, Miriam Tritten,

auxiliares de enfermería Mariza Garabedián y Griselda Arballo, y licenciado Orly Salle.

Por la Federación Uruguaya de la Salud, señor Jorge Bermúdez, Secretario General; señora Flavia Álvarez, integrante del Consejo de CIMA; y señores Ruben Toledo, Secretario de Prensa, Alejandro Omodey, Secretario de Relaciones Internacionales, y Rodrigo Ponce de León, Secretario de Finanzas.

SEÑOR PRESIDENTE. (Amén Vaghetti).- Habiendo número, está abierta la reunión.

La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social de la Cámara de Representantes tiene mucho gusto en recibir en el día de hoy a una delegación de la Convención Médica Nacional, integrada por el doctor Tabaré Caputi, Presidente, por el doctor Miguel Fernández Galeano, Vicepresidente, por el doctor Hugo Rodríguez, vocal, por el doctor Gustavo López, vocal, y por el doctor Fernando Urruty, miembro del Comité Organizador.

SEÑOR CAPUTI.- En primer lugar, agradecemos a la Comisión por brindarnos esta oportunidad y recibirnos en esta Casa. Para nosotros es una enorme satisfacción, en lo colectivo, como integrantes del Comité Organizador y, en lo personal, porque nos encontramos con viejos y queridos amigos en esta Casa.

Como les mencionáramos en la nota que les enviamos solicitando esta audiencia, está en marcha la 8a. Convención Médica Nacional. Quienes aquí estamos integramos el Comité Organizador de esa Convención Médica.

En la nota les decíamos que nos parecía importante solicitar la audiencia a los efectos de trasmitir personalmente a la Comisión las características fundamentales de esta Convención Médica Nacional. Y, en efecto, por los antecedentes de actuación de esta Comisión y de la respectiva del Senado y por la importancia y jerarquía de los puntos que integran el temario de la Convención Médica, nos parecía muy importante y trascendente que el Poder Legislativo -ámbito natural de discusión de todos los temas trascendentes para el país- y, en particular, la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social de la Cámara de Representantes y del Senado tuvieran conocimiento acabado de los temas y de la trascendencia que en nuestro concepto tiene la Convención. Además, nos interesaría responder a las inquietudes que los señores legisladores quisieran formularnos.

La historia de las convenciones en nuestro país establece que no hay ninguna reglamentación, decreto o norma que rija la oportunidad de su realización. A través de los años se han realizado siete convenciones médicas -esta es la octava- y todas han sido convocadas a punto de partida de la situación que se vive en el país. No hay un período determinado durante el cual o a través del cual deba haber una nueva Convención Médica. La Convención es una instancia genuina de participación de los médicos, de toma de opinión y de expresión de opinión de estos en torno a temas que hacen a la salud, a la profesión y a la atención médica en el país.

Tradicionalmente, las Convenciones se han realizado en oportunidad en que por algún hecho o por un conjunto de hechos hay una instancia que resulta fundamental, trascendente y hay una situación de la salud y de la atención médica que merece un tratamiento o una atención especial. Eso es lo que espontáneamente hace surgir una nueva convocatoria, a punto de partida de la actividad de las comisiones permanentes -que son los organismos que después de cada convención continúan la tarea de la convención pasada- y de la opinión de los médicos que están en el país.

En los últimos meses del año pasado se realizaron diversas reuniones con participación de los integrantes de la Comisión Permanente de la 7a. Convención Médica anterior que se realizó en el año 1984 y con dirigentes de gremios médicos actuantes en el país. Se coincidió en la importancia y la trascendencia que para el país tenía la situación que estábamos viviendo en torno a la salud y a la atención médica, así como a la importancia que frente a esa situación tenía la convocatoria a una nueva convención médica. La convención

médica constituye un ámbito de expresión, y nosotros decimos que es un genuino ámbito de expresión de la opinión de los médicos en torno a problemas de salud, de atención médica y del ejercicio profesional. Un genuino ámbito de opinión de los médicos por encima de todos los demás aspectos vinculados con su orientación gremial, con su forma de trabajo, con su especialidad y con cualquier otro aspecto. En la Convención actúan los médicos por su carácter de tales y son estos quienes, precisamente, emiten libre y voluntariamente su opinión sobre los temas que integran el temario de cada convención.

Cuando se decidió la citación a esta Convención Médica Nacional también se decidió el nombramiento de este Comité Organizador y que este último redactara el reglamento -yo traje uno de los ejemplares para distribuir entre los señores legisladores- y se establecieran las unidades temáticas más importantes a considerar.

El Reglamento ha establecido como uno de los objetivos trascendentes de la Convención, además de la consideración de los temas que integran su temario, el lograr la mayor participación del cuerpo médico del país. Ese es un requisito previo que valoriza o valorizará enormemente las resoluciones y las conclusiones de la Convención Médica.

En este momento hay en Uruguay más de 13.000 médicos y hay algunos de ellos que no están en el país pero que siguen vinculados. Es necesario establecer una Convención con un procedimiento tal de desarrollo que permite la opinión de los médicos que viven en el país. Insistimos en que esto se debe hacer sin ninguna vinculación con aspectos de orden gremial, ocupacional o de pertenencia a ninguna sociedad u organismo gremial o científico de ningún tipo.

El Comité Organizador de la Convención resolvió, siguiendo algunas prácticas que ya se habían utilizado en las anteriores convenciones, realizar esta citación a la Convención Médica y desarrollar su actividad en diversas etapas. Su temario fue establecido en orden a unidades temáticas que tienen que ver con la salud del país en este momento, la atención médica, su organización, su estructura y su financiamiento, así como con las políticas de salud, las condiciones de ejercicio profesional entendidas a través de normas de trabajo, de formación médica y ético ontológicas y con la organización de los médicos desde el punto de vista gremial. Establecido ese temario, entendimos conveniente una primera etapa de actividad de Comisiones Relatoras. Para estas comisiones relatoras algunos nombres han sido sugeridos por el Comité Organizador con especial énfasis en personas que tuvieran versación o antecedentes en la consideración de cada una de estas unidades temáticas, que han estado y están abiertas a la participación de todos los médicos. Sin perjuicio de que ya están designados algunos integrantes para esas Comisiones Relatoras, todo médico que desee intervenir no tiene más que ir a la Comisión, participar de ella y expresar sus opiniones, las que serán tenidas en cuenta como las de cualquier otro médico.

Esas Comisiones Relatoras tienen como función establecer los diagnósticos de las situaciones de cada uno de los temas y a punto de partida de ese diagnóstico establecer las propuestas de cambio, de adecuación, de adaptación o de mejoramiento hacia el futuro. En ese camino están en este momento.

Esas propuestas realizadas por las Comisiones son las que el cuerpo médico del país va a considerar. Entonces, comienza una segunda etapa: cómo lograr la mejor participación de los médicos -hay que considerar que hay un número elevado de médicos- para la consideración de estos temas. Se resolvió hacerlo a través del funcionamiento de asambleas zonales o asambleas por lugares de trabajo. Esto se hará para médicos del interior y para médicos de Montevideo. El padrón médico lo dividimos en padrones menores, integrado por un número de médicos para los cuales sea posible reunirse y que consideren los temas en cuestión y en cada una de esas asambleas zonales, regionales, departamentales o por lugares de trabajo los médicos recibirán todos los antecedentes redactados por estas Comisiones Relatoras. Pero, además, podrán agregar todos los documentos, conceptos y trabajos que consideren necesarios y, a punto de partida de ese conjunto de documentos, tomar posición sobre los temas.

Entonces, a continuación de las asambleas zonales se realizan las etapas finales. Esas asambleas zonales designan representantes para las reuniones plenarias finales de la Convención. No es posible hacer una reunión de 13.000 participantes; es necesario entonces establecer una cuotificación. Para las asambleas finales va a ser electo un médico cada treinta de los que integran el padrón más un médico por cada treinta de los que concurren efectivamente a las reuniones de las comisiones o asambleas zonales y esos van a participar en los plenarios finales. Estos plenarios finales se efectuarán en la semana del 6 al 8 de agosto próximo, una vez culminadas todas las actividades de las asambleas zonales. Cualquier otro médico que haya

participado en las asambleas, aunque no haya sido electo delegado, y quiera concurrir y participar, puede solicitarlo y podrá emitir su opinión en esos plenarios finales, al igual que lo van a hacer aquellos médicos que han sido designados por las asambleas regionales correspondientes.

Como es natural, los médicos que deseen concurrir espontáneamente podrán emitir su opinión pero no tendrán voto final. El voto lo tendrán aquellos representantes que las asambleas zonales han designado. Ese proceso de análisis de los temas, de participación de todos los médicos será, paralelamente, seguido por una serie de acciones de difusión, de conocimiento, por foros temáticos, por conferencias, por mesas redondas. Tendrá participación de los médicos, de sectores de la comunidad, de legisladores y de las Comisiones respectivas del Senado y de la Cámara de Representantes, a los efectos de que haya mayor cantidad de elementos de instrucción y de información para todos los médicos respecto a los temas que van a considerar, en definitiva, los plenarios finales de la Convención. Es decir que se procura, por todos los medios, lograr la participación de los médicos y su opinión en un momento que consideramos muy importante para la salud del país, para la atención médica y para todos los uruguayos. Ese es uno de nuestros máximos objetivos y el Comité Organizador en pleno está comprometido a hacer los mayores esfuerzos para lograr que los médicos se interesen por estos temas. Seguramente, todos los médicos tenemos algo para decir en torno a cada uno de estos temas; todos los médicos tenemos alguna experiencia; todos los médicos, a través de nuestra actividad, del conocimiento que tomamos de la realidad de la gente, de la salud y de la atención médica tenemos aportes para hacer. Bienvenidos sean esos aportes a la Convención y bienvenidos al tratamiento de todos los temas.

Somos absolutamente conscientes de que, si bien la opinión de los médicos es necesaria, no es suficiente. Por suerte que, desde hace muchos años, no solamente hablamos los médicos sobre los temas de salud, ya que es un problema de la comunidad y tenemos que hablar todos. Pero, como decíamos anteriormente, si bien la opinión de los médicos no es suficiente sí es necesaria y queremos que en esta ocasión se expresen con la mayor claridad posible todas las opiniones, todos los puntos de vista a través del diálogo, algo que consideramos que en una democracia como la nuestra es lo más importante. Me refiero a la expresión de las opiniones con la discusión que corresponde pero siempre con el respeto, lo cual es fundamental para que una democracia se pueda considerar como tal y así podamos obtener soluciones que impliquen un mejoramiento del nivel de salud de nuestra comunidad.

Todos somos conscientes de las dificultades que en este momento atravesamos y de la necesidad de mejorar. Esos son los fundamentos de procedimiento para nuestra 8a. Convención.

Agradezco mucho la atención que nos han dispensando y, como es natural, estamos a disposición de ustedes para las aclaraciones que haya que hacer.

SEÑOR LEGNANI.- Simplemente, quiero dejar constancia del beneplácito con que recibimos a esta delegación. Es un trabajo ímprobo y arduo esta tarea para tratar de ser el fiel reflejo de lo que opinen en esta instancia tan dinámica que está viviendo el área de la salud, como ha sido dicho aquí, donde es muy importante, con vistas a las proyecciones a futuro, lo que tenga que decir cada uno de los actores de la salud, así como también el paciente, la población en su conjunto.

Quería dejar esta constancia por dos razones. En primer lugar, no podemos dejar pasar en silencio la concurrencia de la delegación presente. En segundo término, quiero preguntar, concretamente, en qué grado el conjunto de esta Comisión puede hacer aportes al respecto, ya sea formando parte de los auspiciantes o de la forma en que la delegación visitante entienda que esta Comisión puede apoyar la realización de este tan importante evento.

SEÑOR CAPUTI.- Naturalmente, agradecemos las expresiones del señor Diputado Legnani.

Creo que la participación de la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social y del Parlamento en general es muy importante, en primer lugar, por el interés que sabemos tienen por el tema, por el conocimiento que tienen al respecto y, en segundo término, por otro aspecto que manifestamos hace algunos instantes. Consideramos que será muy importante la presencia de la Comisión y de todos sus miembros en las mesas redondas que se van a organizar para hablar de los temas vinculados con la atención médica, con la política de salud, con los sistemas posibles de salud. En ese sentido, creemos que es muy trascendente todo lo que nos puedan decir.

Naturalmente, el auspicio de la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social de la Cámara de Representantes nos llenaría de satisfacción. Es un trámite que debe cumplirse de común acuerdo. Para nosotros -hablo en nombre personal, pero estoy seguro de interpretar el sentir de los médicos- sería un alto honor que la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social de la Cámara de Representantes, y también la del Senado, auspiciaran la realización de este evento.

SEÑOR LÓPEZ.- Quiero remarcar tres aspectos; dos de ellos están dichos.

En primer lugar, creemos que lo más valioso de la 8a. Convención Médica Nacional es que no hay médicos ni temas excluidos.

En segundo término, deseamos resaltar la importancia del trabajo que significa llegar a consultar al ciento por ciento de los médicos que quieren participar.

En tercer lugar, si en algo resultará muy positivo la presencia de los señores Diputados -en la medida de sus posibilidades- es que tenemos estructurado una serie de conferencias con invitados internacionales de lugares donde entendemos que las Administraciones nacionales y sanitarias son de punta, interesantes de conocer. Les haremos llegar día y hora de los temas y de los disertantes extranjeros que se van a acercar a nuestra Convención.

SEÑOR PRESIDENTE.- El auspicio de la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social es un tema que resuelve la Comisión en su conjunto; el doctor Caputi lo sabe, porque estuvo aquí sentado en una anterior oportunidad. Por lo tanto, lo resolveremos luego de que se retiren los visitantes.

Agradecemos la concurrencia de la delegación y quedamos a las órdenes para lo que podamos ayudar.

(Se retira de Sala la delegación de la Convención Médica Nacional)

(Ingresa a Sala el señor Héctor Elizalde)

——La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social tiene mucho gusto en recibir al señor Héctor Elizalde, en representación de los instaladores sanitarios, quienes solicitaron audiencia.

SEÑOR ELIZALDE.- Entregaré una hoja a la Comisión sobre este tema.

Se hizo una reestructura municipal y se ha cercenado la profesión sanitaria. Me recibí hace cuarenta y cinco años; presenté 2.000 planos en la Intendencia, lo que conlleva 8.000 inspecciones en todo Montevideo.

Antes presentábamos siempre los planos, pero ahora los presentan los arquitectos. Nuestro plano es una foja dentro de sus planos. Ellos presentan los planos y -en tres palabras- no los revisan, porque en una hora y media salen aprobados el plano de construcción y el de sanitaria.

La mayoría de las obras de Montevideo se revientan todas. Además, creo que hicieron 200.000 conexiones sin la intervención del técnico sanitario. El Estado instituyó esa profesión; somos todos recibidos de técnico sanitarios, pero dejaron de lado la profesión.

En la Intendencia Municipal de Montevideo deshicieron el 6to. piso, que era el departamento de Sanitaria, y lo llevaron al 5to. piso, en un rincón. Hay temor por parte de la gente de perder su puesto; otros, tienen relación con los arquitectos, que son los que empiezan las obras. Hay aproximadamente 800 personas registradas como sanitarios, de los cuales solo 50 o 60 somos técnicos sanitarios. Y la profesión es la sanitaria. Los arquitectos estudian sanitaria como parte de la carrera, pero aprenden cómo aplicarla y no cómo hacerla funcionar.

Fuimos citados para ir a la Junta Departamental de Montevideo. Hemos ido a varios lados, tratamos de reunirnos con Arana -fue imposible-, hicimos una nota para uno de los dieciocho sectores del Encuentro Progresista-Frente Amplio -la llevé personalmente junto con un compañero-, y no hemos tenido noticias. También fuimos al Ministerio de Salud Pública. La primera nota que enviamos la obviaron. Luego de enviada

la segunda nota, inmediatamente la enviaron al Municipio, donde la recibieron los reestructuradores, los encargados de lo que nosotros estamos impugnando.

Mataron nuestra profesión en forma alevosa y sorpresiva, nos suprimieron con los galpones llenos de herramientas y demás, pero ese no es el tema. Se tercerizó la profesión.

No obstante, lo principal es la comunidad. Cuando nos recibimos nos dijeron que la OMS había dicho que éramos una profesión de interés social. Entendemos que la salud de la población es lo que menos se ha tenido en cuenta.

Retomando lo que estaba contando, esos señores de la Intendencia -todos arquitectos- devolvieron la nota con la orden de que el Ministerio de Salud Pública lo archivara. En ese sentido, tengo aquí una copia de todo el expediente. Exactamente, el Ministerio de Salud Pública lo archivó. Entiendo que en un tema de medicina no corresponde que la Intendencia Municipal de Montevideo ordene al Ministerio de Salud Pública que archive el expediente. Así lo hicieron. Luego pedimos audiencia y no nos la concedieron.

Somos todos técnicos sanitarios, pero hay aproximadamente treinta individuos que están en la parte empresarial y se encargan de los arreglos; tan es así que la Intendencia Municipal de Montevideo les puso una pequeña oficina. Ahora, la Sanitaria forma parte de un rinconcito del departamento de Arquitectura, cuando antes abarcaba un piso entero. Los Jefes siempre fueron ingenieros. El señor Intendente lo primero que hizo fue sacar a un ingeniero muy experto, el ingeniero Garat, y puso a un arquitecto que no sabía nada de nada; se encargó de desmantelar toda la oficina. Esa es la reestructura.

SEÑOR GIL SOLARES.- Tengo que confirmar esto con mi experiencia en el interior del país, donde también hemos recibido la protesta de profesionales de la sanitaria, quienes se quejan porque muchos diletantes, es decir, improvisados para hacer el oficio, están realizando obras con el permiso de OSE, por lo menos, en el interior del país.

Sinceramente, tenemos que expresar que estamos de acuerdo, en cierto grado, con las protestas, porque no se hace una carrera, una profesión, para que el Estado no le dé el valor que realmente tiene. De tal manera que cuente con nosotros para apoyarlo.

SEÑOR LEGNANI.- Simplemente, quiero aclarar algunas dudas.

En primer lugar, quiero saber si el señor Elizalde viene a título personal o en representación de alguna organización de técnicos sanitaristas.

En segundo término, deseo saber qué se está solicitando del ámbito legislativo, ya que entendemos que concierne, sobre todo, al ámbito municipal. Consideramos acertado que dirija el planteo hacia los distintos organismos de la Junta Departamental, que son los que seguramente tienen que revisar más a fondo todo lo que tenga que ver con la órbita municipal. Por eso, la pregunta final es qué podemos hacer desde este ámbito, es decir, qué se espera que realicemos.

SEÑOR PRESIDENTE.- Quiero aclarar que el señor Elizalde viene en representación de la Comisión de Defensa de la Profesión del Técnico Instalador Sanitario Egresado de los Cursos Pedagógicos de la UTU.

SEÑOR ELIZALDE.- Esto fue sorpresivo, o sea que no hubo una comunicación pública. En dos meses se desmanteló la oficina. Fuimos a la Junta pero no pudimos entrevistarnos con nadie. Fue imposible hablar con Arana. Presentamos un escrito con el doctor Kon en el Departamento Jurídico de la Intendencia. En ese ínterin caducó el plazo legal. Entonces, el Frente Amplio nos derivó a su Comisión de Asuntos Gremiales, donde expusimos todos con mucho más fuerza que ahora, pero no pasó absolutamente nada. Mandamos notas y nos recibió un Secretario, pero tampoco pasó nada. Después hubo una reunión en la Junta en la que no participó ningún sanitario, pero conseguimos la versión taquigráfica, donde hay cantidad de omisiones y mentiras, lo que perjudica a la salud pública.

Cuando hicimos el curso, nos enseñaron que el triple sifonado era una gran conquista para la higiene del domicilio. El ingeniero Villamarzo, encargado de la reestructura, dijo que una casa necesitaba un solo sifón. Hay un sifón que separa el colector de las aguas negras, otro que separa las aguas negras de las blancas y otro que separa las aguas blancas del ambiente. Son cierres hidráulicos que impiden la creación de grandes ámbitos. Como hay microbios aerobios y anaerobios -unos viven en el aire y otros en el agua-, la higiene es perfecta. Hacemos esta denuncia para que se vea en qué manos está la población.

SEÑOR PRESIDENTE.- Si entendí bien, los arquitectos hacían los planos y la parte sanitaria la hacían ustedes. Hoy lo hacen los arquitectos con otra gente.

SEÑOR ELIZALDE.- Exacto. Se tercerizó la profesión. Ahora lo hacen plomeros, peones o el trabajador que disponga el arquitecto. Cuando van las inspecciones encuentran una cantidad de reparaciones para hacer. La calidad baja verticalmente, y afecta a la salud de la población. Por un convenio con el BID llevan hechas unas 200.000 conexiones sin intervención de sanitarios, sin planos, trámites ni nada. Si el propietario se porta bien, le hacen la conexión. Los peones de las empresas están a cargo de las reparaciones de cisternas.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos a nuestro invitado por su concurrencia y le haremos saber cuando esté lista la versión taquigráfica.

(Se retira de Sala el señor Héctor Elizalde)

(Ingresa a Sala una delegación de trabajadores de Institutos de Medicina Altamente Especializada de Nefrología)

——La Comisión tiene el gusto de recibir a esta delegación de los IMAE de Nefrología, integrada por las licenciadas Cristina Sacco, Mirta Guillenea, Olga Imperial, Karina Parodi, Lina Machado, Miriam Tritten, las auxiliares Mariza Garabedián y Griselda Arballo y el licenciado Orly Salle.

SEÑORA TRITTEN.- Nos dirigimos a esta Comisión en representación de Enfermería en Nefrología con la finalidad de que se estudie la posibilidad de amparar nuestra actividad como Servicio Bonificado de acuerdo con lo establecido en los artículos 36 y 37 de la Ley Nº 16.713.

Ponemos en su conocimiento que el Colegio de Enfermeras del Uruguay actualmente tiene a estudio este tema. Tenemos la fundamentación de nuestro petitorio, así como estudios y trabajos realizados en nuestro medio y presentados en diferentes instancias científicas.

Voy a dar lectura a un documento que hemos confeccionado, a fin de que tomen conocimiento del ejercicio de nuestra profesión.

(Se lee)

"Introducción

Con el advenimiento de nuevas tecnologías y con la creación del Fondo Nacional de Recursos, en Uruguay desde el año 1980, se comenzó a tratar los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, con tratamiento de sustitución renal mediante la hemodiálisis, trasplante renal y/o diálisis peritoneal.

Planteamos ahora una breve reseña sobre el Programa de Diálisis y Trasplante Renal del Fondo Nacional de Recursos: "El programa de Diálisis y Trasplante Renal para el tratamiento de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, comenzó en Uruguay en 1980, con la creación del Fondo Nacional de Recursos, que permitió financiar la Diálisis y el Trasplante Renal. Se puede estimar que antes de esa fecha, alrededor de 400 personas fallecían anualmente en nuestro país sin recibir tratamiento...

Este programa, al igual que los otros de atención médica financiados por el Fondo Nacional de Recursos tiene carácter universal e igualitario... Todos los pacientes reciben la misma asistencia que se realiza en los centros, cualquiera que sea su condición social y económica."

Actualmente existen Centros de Diálisis distribuidos en todo el país, cubriendo las distintas opciones de tratamiento de sustitución de la función renal: hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante.

"Los objetivos del tratamiento de sustitución de la función renal son: ofrecer al paciente una larga sobrevida, con mejor calidad de vida y reinserción al medio familiar, social y laboral"[1].

Las causas que determinan la insuficiencia renal con mayor frecuencia son: glomerulonefritis, nefropatía vascular u obstructiva, diabetes e hipertensión. La hipertensión arterial es una causa agravante de la progresión de la insuficiencia renal, causada por otras nefropatías. La detección temprana de los pacientes hipertensos y el adecuado control de la presión arterial, son medidas que pueden evitar y enlentecer la progresión a la insuficiencia renal extrema.

Características de la población

Si realizamos un análisis de la población en diálisis en nuestro país, debemos considerar algunos aspectos relevantes: nos encontramos con una población añosa, con limitaciones propias, que no sólo tiene las complicaciones de su patología renal, sino también otras asociadas, como diabetes, enfermedades cerebro-vasculares o vasculares periféricas, cardiopatías, colagenopatías, vasculitis, etc.

El paciente renal crónico, sufre concomitantemente otras alteraciones: endócrinas, hematológicas, y metabólicas, al igual que en sus aspectos físicos, psicológico, su rol familiar y socioeconómico.

Es un paciente semicrítico, que no se puede predecir el momento en el cual puede pasar a un estado crítico, dada su labilidad e inestabilidad.

A su vez enfrenta su enfermedad como una amenaza a su existencia, que lo acompaña en las distintas etapas de su vida, teniendo carácter de irreversibilidad, a diferencia de un cuadro agudo de evolución favorable. Se suceden una serie de cambios físicos y psicoemocionales que influyen tanto en el individuo como en sus vínculos, a nivel familiar y social, aumentando esto su vulnerabilidad, agudizando desviaciones en sus patrones de conducta manifestados al conocer el diagnóstico de su enfermedad crónica.

Este paciente recibe un tratamiento pasivo, por lo que tiene alto grado de dependencia.

En general al ingreso al tratamiento, la mayoría de los pacientes cursa una depresión, que repite a lo largo de la evolución de su enfermedad y tratamiento.

Según la Organización Panamericana de la Salud (1994), el paciente renal crónico está clasificado dentro de la Categoría 11, "Intermedio o Semicrítico", donde se establece que la atención directa de enfermería al mismo es de 2,2 hs.

Según el Ministerio de Salud Pública, "Se consideran pasibles de cuidados intermedios, aquellos pacientes con patología grave que requieren atención y controles especiales a efectos de prevenir su posible descompensación" (Decreto 435/997 MSP 15/4/1998).

Los pacientes en diálisis están sometidos a un monitor con circulación extracorpórea, "dependiendo de una máquina" (como ellos lo plantean); con el correr del tiempo establecen un vínculo permanente y duradero con el equipo de salud, ya que el tratamiento se puede prolongar por muchos años o por el resto de su vida.

A lo largo de todos estos años, las estadísticas del tratamiento de sustitución renal en Uruguay, muestran muy buenos resultados, relacionándolos con otros países de Latinoamérica, Europa y EE.UU.

Según datos aportados por la nefróloga doctora. Carlota González, extractados del Registro Uruguayo de Nefrología, año 2003, en diciembre, el Fondo Nacional de Recursos cubría el tratamiento de 2.413 pacientes. De éstos, 30 son niños o adolescentes de hasta 16 años. Los 2.383 restantes, están en el rango de 16 a 95 años, con una media de 60 años.

El tiempo de tratamiento en diálisis de estos pacientes varía de acuerdo a lo siguiente:

* tiempo máximo en tratamiento: 22 años (7 pacientes, 0,3%)

* más de 6 años un 15%,

* entre 3 y 6 años, el 50%

* la media es de 4 a 6 años.

El ingreso de pacientes a tratamiento de diálisis es de 480 por año.

El abandono del tratamiento durante el año 2003, fue de 3 pacientes, que representa el 0, 1% de la población.

La salida del plan de tratamiento por:

* indicación médica, fue de 17 casos, que significan un 0,6% de la población.

* radicación en el exterior, fue de 16 pacientes, que representa un 0,6%.

* recuperación de la función renal, 14 pacientes, 0,5%.

* trasplante renal fue de 66 pacientes, que significa un 2,4%

* Fallecimiento, fue de 234 pacientes, 8,7%.

La mortalidad disminuyó debido a la aplicación de avances tecnológicos y de programas de prevención.

La sobrevida mejoró en 5 años de tratamiento, en cualquiera de las opciones, en el 50% de la población.

Respecto a los pacientes trasplantados se ha registrado un aumento significativo, siendo de 203 en los últimos 3 años:

* en el 2001, 47 pacientes

* en el 2002, 90 pacientes

* en el 2003, 66 pacientes.

Actualmente se han comenzado a realizar transplantes renopancreáticos por las patologías asociadas.

Trabajadores

Si valoramos la situación del trabajador en los Centros de Diálisis, existen factores de riesgo en lo que respecta al procedimiento, como así también en las actividades que se realizan para que éste sea posible. Estos factores de riesgo se pueden clasificar de la siguiente forma:

1. Microclima de trabajo o entorno laboral.

2. Contaminantes del ambiente (físicos, químicos y biológicos).

3. Factores de sobrecarga muscular.

4. Factores de sobrecarga mental y psíquica.

5. Factores tecnológicos y de seguridad.

1) Microclima de trabajo o entorno laboral.

Respecto al microclima o entorno, se trabaja en áreas cerradas, por lo que se cuenta necesariamente con aire y luz artificial durante toda la jornada laboral. A esto se le debe sumar la contaminación auditiva, ruidos, alarmas sonoras y visuales.

2) Contaminantes del ambiente (físicos, químicos y biológicos).

En los comienzos de esta especialidad, las distintas actividades se realizaban de forma diferente de acuerdo a la realidad particular de cada Centro de Diálisis. Es de resaltar que durante 8 a 10 años se trabajó en contacto con agentes sumamente tóxicos, como por ejemplo el formaldehído, hoy prácticamente en desuso en Europa y EEUU. Este agente tiene numerosas aplicaciones en medicina, como bactericida, antiséptico, germicida, fungicida y preservador; así como también en la industria. Sin embargo resulta sumamente tóxico por ingestión e inhalación y también puede ocasionar reacciones alérgicas a nivel ocular y en el aparato respiratorio así como también lesiones cutáneas. La exposición repetida y excesiva puede originar enfermedades laborales ocasionando daño renal, pulmonar, etc.

Otro de los agentes al cual se ha estado expuesto desde los inicios, es el hipoclorito de sodio; derivado del cloro, es un gas amarillo-verdoso, con olor irritante, más pesado que el aire. Actúa como esterilizante y desodorante pero tiene propiedades tóxicas dependiendo de las concentraciones utilizadas.

El ambiente de trabajo se toma peligroso cuando el cloro en el aire llega a concentraciones de 14-21 ppm siendo las recomendadas internacionalmente 1-2 ppm (datos aportados por Toxicología, Hospital de Clínicas).

Existen otros agentes que se utilizan a diario en las distintas actividades como ser: el ácido acético, el ácido oxálico, la ortotoluidina, ácido cítrico, ácido peracético y otros que no se detallan por no ser de uso general.

Estos productos utilizados son altamente tóxicos, de acuerdo a lo informado por Toxicología del Hospital de Clínicas, la combinación e interacción de los diferentes gases, adquiere toxicidad para el ser humano, de acuerdo a las concentraciones existentes en el ambiente, sobrepasando cualquier medida de barrera.

Sustancias como la ortotoluidina (reactivo para la detección del cloro), deben ser manejadas con rigurosas medidas de seguridad, teniendo en cuenta que se encuentra en la segunda categoría de sustancias cancerígenas y que pequeñas cantidades son sumamente agresivas al contacto con los tejidos.

3) Factores de sobrecarga muscular.

Con el paso del tiempo aparece en el personal cansancio y desgaste físico, por el esfuerzo músculo-esquelético al que se encuentra sometido a diario. En las cuatro horas de tratamiento de estos pacientes, se realizan traslados, movilizaciones, cambios de posición, dado que los mismos presentan patologías osteoarticulares, amputaciones de miembros, ceguera, secuelas de accidentes vasculares, fracturas, etcétera, sumadas a otras patologías ya detalladas.

Además del esfuerzo físico que supone la atención directa al paciente, para realizar el procedimiento dialítico, se trasladan materiales y objetos pesados, por ejemplo bidones, balones de oxígeno, etc.

Todo esto provoca en el personal patología de columna y neuromuscular.

El armado del circuito extracorpóreo en el monitor de diálisis, requiere agilidad y gran esfuerzo manual que puede provocar patologías neuromusculares: síndrome de túnel carpiano, tendinitis, tenosinovitis, frecuentes en el personal que trabaja en estas áreas. En el momento no contamos con datos del Banco de Seguros del Estado, sabemos que son significativos en relación al número de trabajadores derivados.

4) Factores de sobrecarga mental y psíquica.

Desde el punto de vista humano, se crea un vínculo continuo y duradero, diferente al de otras áreas de la salud, luego de diagnosticada la insuficiencia renal crónica en etapa de sustitución, el paciente comienza su tratamiento con diálisis, tres veces por semana, durante cuatro horas diarias por el resto de su vida.

A pesar de todos los esfuerzos del equipo, enfermería observa el deterioro progresivo de los pacientes durante años, algunos que ingresaron al plan siendo niños o adolescentes y fallecen siendo adultos. El trabajo en diálisis no se ve gratificado por altas en los pacientes, al contrario, nos vemos sometidos a vivir dicho deterioro por el desgaste propio del tratamiento, hasta su etapa terminal. En todo este proceso, el equipo acompaña y sostiene emocionalmente no solo al paciente, sino también a su familia.

El equipo de salud no es sólo espectador de sus vivencias en las diferentes etapas de su vida; la mayoría de los pacientes genera una situación de dependencia no solo con la máquina sino también con el personal, al que trasmite alegrías, angustias, fracasos, proyectos, buenas o malas ideas. ¿Cuántas veces hemos sido receptores de ideas suicidas...? Situaciones que a pesar del profesionalismo crean preocupación, angustia y estrés en el equipo.

La enfermera debe adaptarse al momento, sobreponerse a las situaciones para poder organizar y realizar la atención directa de la forma más oportuna.

Con el conocimiento del diagnóstico de enfermedad crónica, en el paciente se exacerban sus aspectos más vulnerables, todo lo negativo, el mal humor, la desconfianza, la irritación, aumentando la dependencia, siendo enfermería el referente más cercano y por lo tanto receptor directo.

Enfermería enfrenta no solo el procedimiento dialítico, sino también la interrelación entre los pacientes, festejos, cumpleaños, discusiones, situaciones violentas, etc.

El fallecimiento de un paciente afecta al grupo, pero también es una situación de duelo para el equipo, se ha establecido un vinculo duradero a lo largo del tiempo de tratamiento, existe una relación de familiaridad, donde es sumamente difícil establecer una distancia adecuada.

Estos aspectos emocionales, sumados al cansancio físico, el riesgo constante con que se debe desarrollar la tarea son factores estresores y significan una sobrecarga para los trabajadores, incidiendo esto en la generación de patologías tales como el burnout o desgaste profesional.

El desgaste profesional según Maslach y Jackson (1981) es una respuesta al Estrés Laboral Crónico caracterizada por la desmotivación, el desinterés y la insatisfacción laboral, que se presenta en aquellas profesiones que deben mantener trato directo con personas o una relación continua de ayuda hacia el cliente.

Se trata de un conjunto de conductas: deterioro del rendimiento, pérdida de responsabilidad, actitudes pasivo-agresivas con el paciente y pérdida de motivación en las que se implicarían tanto factores internos como externos.

Aparecen también: agotamiento emocional, insensibilidad hacia el cliente, falta de realización personal y una serie de problemas psicológicos, nerviosos y dolencias físicas que disminuyen el rendimiento del trabajador.

Este síndrome puede desencadenar un cuadro depresivo mayor y en sus formas más severas puede llevar al suicidio.

5) Factores tecnológicos y de seguridad.

Como fue dicho anteriormente, el paciente renal es inmunodeprimido, multitransfundido, con múltiples patologías asociadas a su insuficiencia renal, siendo en algunos casos portador de virus de Hepatitis B, C y/o VIH.

Los avances tecnológicos han logrado descubrir otros virus de Hepatitis C, D, E y F para los cuales no se cuenta con inmunización con el riesgo permanente que esto significa, para el equipo asistencial.

El trabajar con un circuito extracorpóreo, a pesar de contar con medidas de seguridad, debido a factores imprevistos implica riesgos de accidentes durante la diálisis:

* por las múltiples punciones,

* por tubuladuras arteriovenosas con fallas,

* por roturas del filtro o riñón artificial,

* por coagulación del circuito,

* por salida accidental de algunas de las agujas del paciente,

* por pincharse con las mismas,

* por salida del transducer (filtro) del equipo de diálisis, etc.

Debe tenerse en cuenta que estos factores se ven multiplicados por el número de pacientes que atiende el operador.

El paciente siempre debe ser tratado como potencialmente positivo, más allá que tenga marcadores negativos en el último control, éstos pueden haber virado y tener carga viral que exponga a un mayor riesgo al operador.

Según estudios realizados internacionalmente y en nuestro medio existen mayores posibilidades de infectarse con virus de Hepatitis B que con VIH, la concentración por ml de sangre para el virus de Hepatitis B es de 10^9 mientras que para el VIH es de 10^2, el riesgo varía, de 6 a 30% para la primera, siendo de 1% para el VIH.

Los elementos planteados anteriormente, creemos se encuentran comprendidos en la formulación que realiza la ley: "La actividad bonificada o bonificación de servicios: son aquellas actividades por las cuales en función de los riesgos que las mismas imponen a quienes las desempeñan, se les adiciona al tiempo real o cronológico, un tiempo de naturaleza ficta, que permite en esos casos, con menos tiempo efectivo, cumplir el requisito de los años de edad y de trabajo exigidos por la ley". "La bonificación podrá darse en actividades cuyo desempeño imponga en forma inevitable un riesgo de vida cierto, que debe ser actual, grave y permanente, según índices estadísticos de mortalidad y morbilidad o afecte la integridad física o mental del afiliado".

"La bonificación máxima que se puede otorgar es la de dos años por cada uno efectivamente cumplido, aunque pueden establecerse bonificaciones menores para: actividades que presenten riesgo menor a los señalados; servicios que impongan al trabajador un alto grado de esfuerzo de su sistema neuromotor o alto grado de habilidad artesanal o de exigencia psíquica, por los cuales se hace imposible que la persona rinda normal y regularmente más allá de cierta edad."

Es en función de lo expuesto previamente que solicitamos el amparo de nuestra actividad como Servicio Bonificado de acuerdo a lo establecido en los artículos 36 y 37 de la Ley Nº 16.713.

Se adjuntan estudios realizados en nuestro medio sobre Salubridad, Condiciones laborales, Burnout o Desgaste Profesional, y un extracto del texto de la Ley Nº 16.713.

Ley Nº 16.713, de 3 de setiembre de 1995:

CAPÍTULO VII

CLASIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS

Artículo 36. (Clasificación de los servicios).- Los servicios se clasifican en ordinarios y bonificados.

Servicios ordinarios son aquellos que corresponden al tiempo de trabajo registrado en la historia laboral.

Servicios bonificados son aquéllos para cuyo cómputo se adiciona tiempo suplementario ficto a la edad real y al período de trabajo registrado en la historia laboral.

Artículo 37. (Servicios bonificados).- El Poder Ejecutivo, mediante reglamentación, determinará los servicios que serán bonificados, ajustándose a los siguientes criterios:

A. Serán bonificados en la proporción de hasta dos años por cada uno, los servicios prestados en actividades cuyo desempeño imponga inevitablemente un riesgo de vida cierto o afecte la integridad física o mental del afiliado, cuando este riesgo resulte a la vez actual, grave y permanente, según índices estadísticos de mortalidad o morbilidad.

B. Serán bonificados en menor proporción:

1. Los servicios prestados en actividades que presenten niveles de inferior riesgo.

2. Los servicios prestados en actividades que, por su naturaleza y características, impongan indistintamente al trabajador un alto grado de esfuerzo de su sistema neuromotor, habilidad artesanal, precisión sensorial o exigencia psíquica, que haga imposible un rendimiento normal y regular más allá de cierta edad, cuando este carácter sea determinado mediante pericias técnicas y estudios estadísticos ocupacionales.

3. Los servicios prestados en actividades docentes en institutos de enseñanza, públicos o privados habilitados.

Artículo 38. (Reconocimiento de servicios bonificados).- Los servicios bonificados serán reconocidos como tales, cuando el afiliado tenga en ellos una actuación mínima de diez años.

La bonificación de servicios será revisada por el Poder Ejecutivo al menos cada cinco años, realizándose todas las investigaciones, estudios o pericias que permitan determinar que se da adecuado cumplimiento a las condiciones exigidas en el artículo anterior. Facúltase al Poder Ejecutivo a establecer edades mínimas, a partir de las cuales se aplicará la bonificación de servicios, en los casos de actividades que así lo justifiquen".

SEÑOR GALLO IMPERIALE.- No haré preguntas porque realmente el documento es muy claro con respecto al planteamiento que hacen los miembros de la delegación. Habría que ver el ámbito en donde este tema pudiera tener un trámite parlamentario. Si bien el problema está centrado en el tema de salud el planteamiento que formulan es desde el punto de vista laboral y fundamentalmente en lo que tiene que ver con la seguridad social. Este no es el ámbito; este es el ámbito de la Comisión de Salud.

Los miembros de esta delegación están solicitando ser amparados -la opinión que daré podrá ser compartida o no- por un artículo de la ley de seguridad social. Considero que deberían hacer este planteamiento en la Comisión de Seguridad Social donde les podrán dar la interpretación que están solicitando. Entiendo que ustedes se desempeñan en el área de la salud, pero el planteamiento refiere a una modificación de una ley que tiene que ver con un ámbito que no es el de esta Comisión.

Les sugeriría que solicitaran -de la misma manera que lo hicieron con esta Comisión- una entrevista con la Comisión de Seguridad Social de la Cámara de Representantes, que es una comisión asesora igual que la nuestra pero que se maneja en el ámbito en el que me parece debe realizarse este planteamiento. Digo esto porque, en definitiva, las gestiones que se puedan hacer ante el Banco de Previsión Social están directamente conectadas a esa área específica de asesoramiento que tiene la Cámara de Representantes.

Entiendo el planteamiento inicial de los miembros de esta delegación de venir a la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social porque, en definitiva, este es un tema vinculado a la salud en general y eso lo entendemos. Además, creo que se trata de un documento muy claro que ayuda a entender lo que están planteando para solucionar aspectos que en este momento la ley no atiende. Ustedes quieren una bonificación porque consideran, de acuerdo con toda esta argumentación, que estarían comprendidos en los artículos de la ley que los considerarían bonificados.

Expreso, a título personal, que deben avanzar en el ámbito parlamentario solicitando una entrevista a la Comisión de Seguridad Social.

SEÑOR PRESIDENTE.- Creo que ustedes vinieron a esta Comisión porque son trabajadores de la salud. En realidad, lo que están pidiendo los miembros de la delegación es ser amparados por los artículos 36 y 37 de la Ley Nº 16.713. En el mismo sentido no sé si también no sería conveniente que tuvieran una entrevista con la Comisión de Legislación del Trabajo, ya que el tema por el que concurren aquí es de su competencia y no nuestra, más allá de que todos los podamos entender como Comisión de Salud Pública y Asistencia Social.

SEÑORA GARABEDIÁN.- Soy auxiliar de enfermería.

Quiero hacer una acotación con respecto a lo que acaba de señalar el señor Diputado. En el año 2001 ya tuvimos una entrevista con la Comisión de Legislación del Trabajo, oportunidad en la cual no obtuvimos ningún tipo de respuesta. Debido a que ya hemos pasado por esa instancia, me gustaría que nos orientaran acerca de si deberíamos volver a la Comisión.

SEÑOR PRESIDENTE.- Generalmente, en todas las audiencias o planteos de este tipo la Comisión resuelve, luego de que se retiran los invitados, qué camino va a seguir y luego, por intermedio de la Secretaría o la Presidencia, se les informa qué gestiones se hicieron.

Creo que deberían volver a insistir con el tema en las Comisiones de Legislación del Trabajo y Seguridad Social.

La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social agradece la visita de esta delegación.

(Se retira de Sala la delegación de trabajadores de Institutos de Medicina Altamente Especializada de Nefrología)

(Ingresa a Sala una delegación de la Federación Uruguaya de la Salud)

——La Comisión de Salud Pública recibe con mucho gusto a la delegación de la Federación Uruguaya de la Salud, integrada por el Secretario General, señor Jorge Bermúdez, el Secretario de Prensa, señor Ruben Toledo, al Secretario de RRII, señor Alejandro Omodey, a la integrante del Consejo de CIMA, señora Flavia Álvarez y al Secretario de Finanzas, señor Rodrigo Ponce de León.

SEÑOR BERMÚDEZ.- Agradezco a la Comisión que nos haya recibido en el día de hoy.

Nuestra intención es dividir en dos el planteo que vamos a realizar en esta tarde. En particular, nos trae aquí el cierre de la mutualista CIMA, la séptima mutualista clausurada en el período que comprende desde el 7 de abril al día de hoy.

El segundo capítulo está enmarcado en la crisis del sector y en lo que consideramos que deberían ser las medidas de carácter inmediato que se deberían tomar para evitar que este tipo de situaciones vuelva a suceder.

Asimismo, queremos hacer conocer a la Comisión cuál es nuestra visión sobre las perspectivas inmediatas del sector.

Si el señor Presidente está de acuerdo, solicitaré que la compañera Álvarez, quien representa al sindicato de CIMA, realice un planteo concreto con relación a la institución.

SEÑORA ÁLVAREZ.- Agradezco a la Comisión que nos haya recibido y, en especial, al Presidente, señor Diputado Amén Vaghetti.

El 2 de abril -día muy triste en nuestra historia- se firmó el decreto de cierre de CIMA a punto de partida de que la Dirección Técnica hizo un informe expresando que teníamos riesgo de omisión de asistencia. Esto se realizó ante la negativa del BROU de dar un préstamo a CIMA de $ 9:000.000 para poder hacer frente a una deuda con el Banco de Previsión Social.

Como trabajadores de CIMA tenemos que decir que este es el final de una etapa que quedará en la historia, en la que todos tenemos pruebas de que los trabajadores actuamos con total responsabilidad en aras de salvar nuestro puesto de trabajo, haciendo propuestas serias de mejora de gestión para disminuir el gasto, pero, en su mayoría, no fueron escuchadas. Esto fue lo que nos arrimó más rápidamente al precipicio.

Tal como dije al principio, esto ya forma parte de la historia. A partir del 2 de abril se abre un nuevo capítulo para la vida de todos los trabajadores de la Federación Uruguaya de la Salud, teniendo el mismo objetivo: la

defensa de todos los puestos de trabajo. Para ello, estamos aplicando el punto B del documento de la multisectorial que se firmó el 4 de abril de 2001. Allí se establece que cada institución que toma a los socios de las mutualistas cerradas debe tomar también trabajadores. Debemos decir que al respecto tenemos una gran interrogante en cuanto a qué va a suceder con aquellas instituciones que en esta etapa no adhirieron al documento y están tomando socios, pero se niegan a tomar a los trabajadores.

Humildemente, queremos solicitar a esta Comisión que adhieran al compromiso de colaborar junto con la Federación Uruguaya de la Salud en la exigencia a las instituciones de que deben tomar a los trabajadores, según lo establece el documento citado, inclusive exigiéndolo a aquellas instituciones que no adhirieron a él. Además, solicitamos que se manifieste que es necesario aplicar no solo el punto B del documento, sino la totalidad. Si se hubiera aplicado el documento cuando se firmó, o sea, a partir del 5 de abril de 2001, no solo CIMA no hubiera cerrado, sino que tampoco lo hubieran hecho OCA-Larghero, COMAEC, MIDU ni Central Médica. Al respecto, queremos solicitar que la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social realice una declaración pública en este sentido.

Agradecemos nuevamente, en nombre de todos los trabajadores de la mutualista CIMA-España, cerrada el 2 de abril, que puedan hacer las gestiones en ese sentido.

SEÑOR PRESIDENTE.- A los efectos del intercambio que realizamos, creo que sería bueno que sepan que en el día de ayer la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social decidió invitar al señor Ministro de Salud Pública para conversar sobre los problemas que hoy en día se están suscitando en la salud, entre los cuales, por supuesto, está incluido el tema de CIMA. La próxima semana estará aquí para referirse a la crisis del sector de la salud y a lo que se había propuesto en los trabajos de la multisectorial, y para evaluar lo sucedido hasta la fecha.

SEÑOR BERMÚDEZ.- Lo que decía el señor Presidente forma parte de lo que veníamos a plantear aquí.

Vamos a volver a dejar una copia del acuerdo multisectorial firmado en Montevideo el día 4 de abril de 2001, firmado por el señor Ministro de Salud Pública -en aquel entonces, contador Horacio Fernández Ameglio-, por el entonces Subsecretario de dicha Cartera, Luis Fraschini, por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, por el Ministerio de Economía y Finanzas, por la FUS y por las instituciones del sector. Aquel documento tenía por cometido -figura en la página 2- asegurar la estabilidad laboral para todos los médicos, cirujanos y funcionarios no médicos que trabajan en el mutualismo de Montevideo. En el cumplimiento de los objetivos inmediatos, dicha Comisión elaboró un documento de propuestas de medidas inmediatas para superar la crisis mutual y mantener el empleo.

Sin duda, la Comisión conoce el documento, pero lo vamos a volver a dejar. Con respecto a la discusión -por lo menos, desde nuestro punto de vista- en cuanto a si "Bonilla sí" o "Bonilla no", nos adelantamos a decir que por ahí no va. Con Bonilla o sin Bonilla, con Fraschini o sin Fraschini, con Varela o con Ameglio, el sector ya venía cayéndose y terminó de caerse, inclusive, mucho antes que el país.

A fines del año 1990 anunciamos lo que podía ser la crisis. En aquel momento, el Ministro era Raúl Bustos y cerró Uruguay-España. Alertamos sobre la situación, pero solo se transformó en noticia cada vez que cerró una institución.

Con todo respeto decimos en este ámbito tan difícil y complicado que las soluciones a este tema no pueden esperar hasta marzo de 2005 ni será materia del próximo Gobierno. Los trabajadores de la salud creemos que en este documento están las soluciones para comenzar a aplicar ahora los cambios que el sector necesita.

Recordemos que en diciembre de 2002 nos acercamos al Edificio Libertad -en una de las tantas veces que llegamos hasta allí- y entregamos una de las tantas cartas que hicimos para el Presidente de la República. Recuerdo, además, que en octubre del año pasado entregamos casi cien mil firmas junto con los gremios de Salud Pública y del Hospital de Clínicas sobre lo que nosotros entendíamos que era una situación de emergencia sanitaria.

En el año 2002 entregamos un planteo junto con las instituciones, que tenía cinco medidas de emergencias. De ellas, no se ha aplicado ninguna. Allí hacíamos referencia, por ejemplo, al precio de los medicamentos, a

su suba constante, a que se encarece en función del aumento del valor del dólar y a la espiral inflacionaria de junio, julio y agosto de 2002. En aquel momento llevamos ese planteo al Ministro de Economía y Finanzas, doctor Atchugarry, y al Presidente de la República -en realidad, a su Secretario porque al Presidente nunca llegamos-, y se nos dijo que no era materia de esta política económica del Estado regular los precios.

En función de la no regulación de precios, hoy podemos afirmar a esta Comisión, con toda tranquilidad -no creo que el señor Ministro Bonilla pueda decir lo contrario-, que hay un desabastecimiento del "stock" de medicamentos en la mayoría de las instituciones del sector de Asistencia Médica Colectiva. Hay instituciones que demoran hasta un mes en entregar medicamentos oncológicos o para tratamientos de VIH o de alta complejidad, sin mencionar lo que significa para los usuarios con patologías crónicas tener que pagar órdenes y tiques cada día más altos. El principio de la solidaridad intergeneracional que guió a la creación del mutualismo, la solidaridad del joven hacia el mayor, del sano hacia el enfermo, hoy no existe; cada uno paga de acuerdo con la enfermedad que tiene. Nosotros también tenemos propuestas en ese sentido. Hablamos de la creación de un seguro nacional de salud, con cuota mutual según los ingresos y, con esa herramienta, se atacaría otro de los problemas: el financiamiento.

Creemos que la cuota mutual, tal como está establecida, lo único que hace es aumentar la inequidad. Recordemos que en 1990 los gastos en los hogares en materia de salud en el sector privado eran de aproximadamente un 5%, pero a fines de 2000, trepó al 15%.

Otro de los problemas que atacamos es el manejo del dinero. CIMA se cerró también debido a la mala administración de quienes dirigieron esta institución. Eso pasó en OCA-Larghero, Central Médica, COMAEC y en otras instituciones de Montevideo que todavía están abiertas. Si quitamos el control del dinero a las instituciones y es manejado por un seguro -una especie de gran DISSE- con control del Estado y de los usuarios, vamos a empezar a solucionar parte de los problemas. Para poner en práctica alguna de estas medidas habría que afectar intereses muy fuertes del empresariado médico, vinculado a la tecnología, a técnicas de diagnóstico, al acto anestésico quirúrgico, y del empresariado no médico, vinculado a la dirección de instituciones, al marketing, al gerenciamiento y a la intermediación lucrativa. En el caso de CIMA -no voy a decir lo que todos ya saben-, se debería haber afectado esos intereses.

Los trabajadores hemos pagado esta crisis con casi US$ 2.000:000.000 sobre la mesa, en un sector que en el año mueve US$ 1.100:000.000. Esto se debe a rebaja salarial, no pago de salarios, etcétera. Tuvimos que agudizar el ingenio, y los integrantes de esta Comisión nos ayudaron, para lograr el fondo de repago de la deuda laboral. De otra forma, los trabajadores no médicos no iban a cobrar nunca la deuda de US$ 17:000.000 que las instituciones tienen con ellos. El endeudamiento global llega a los US$ 300:000.000.

Proponemos ahora los cambios para el sector de la salud privada. El Ministro Bonilla, una semana antes del cierre de CIMA, dijo en el diario "El País" que estamos ante un nuevo mutualismo, con una generación de dirigentes de instituciones mucho más seria y capaz. Una semana después se terminó de caer CIMA y se desató la caza de usuarios, intermediando con dinero, llamando a los socios a la casa. Quienes estaban en CIMA vivieron la angustia de gente con 60 o 70 años que tiene que resolver el seguro fúnebre, porque las instituciones a las que se van a afiliar les exigen un pago previo.

Nos parece que con todo esto vamos hacia la ruina del mutualismo, y por eso decimos que no podemos esperar hasta marzo del año que viene para solucionar el problema.

SEÑOR GALLO IMPERIALE.- El planteamiento inicial de nuestros invitados se refirió al cierre de CIMA y a la crisis de la salud, así como a las propuestas que hubo o no desde el Ministerio a los efectos de solucionar la problemática. Estos temas los analizamos ayer en la Comisión y por unanimidad se resolvió llamar al señor Ministro, a fin de ver la forma de que estos asuntos no se vuelvan a repetir. El próximo miércoles 21 vendrá a darnos su visión.

Por supuesto que después cada uno de nosotros hará la interpretación que crea conveniente, que sin duda va a ser política. Nadie puede asegurar que todos vayamos a tener la misma visión, pero creo que es compartida por los compañeros de mi sector político mi visión más que crítica sobre la situación que atraviesa el sector de la salud y, fundamentalmente, que ha habido responsabilidad directa de quienes han dirigido los temas de la salud desde el Gobierno. Eso es una realidad para nosotros.

Con respecto a la solicitud de que la Comisión realice una declaración sobre el cierre de CIMA, creo que primero tenemos que recibir al señor Ministro para luego analizar todo el tema y ver qué medidas podemos tomar.

SEÑORA ÁLVAREZ.- Tal vez no fue bien interpretada cuando me referí a la declaración.

Por un lado, el señor Ministro va a hacer una declaración sobre la situación que nos llevó al precipicio. Lo que solicitamos a esta Comisión es a punto de partida de la caída de CIMA, porque para nosotros la aplicación del plan B es una medida paliativa de la situación. Por eso pedimos a la Comisión que se expidiera en el sentido de vigilar el traspaso de socios y de trabajadores. Junto con la carpeta les vamos a dejar un cronograma de trabajo, elaborado en conjunto con el Director del Ministerio de Salud Pública, doctor Rizzi, donde se establecen las fechas en las cuales se cierran los padrones en cada institución, cuándo se hace el conteo final de socios y cuándo deben ir ingresando los trabajadores en cada etapa.

SEÑOR GALLO IMPERIALE.- Había entendido claramente. El problema es la cronología.

Personalmente, nos parece que al haber una instancia con el señor Ministro debemos hacerle todos los planteamientos y, posteriormente, un balance. Luego esta Comisión decidirá los pasos a dar. De cualquier manera, este es un tema cuya gravedad y urgencia debe trascender los tiempos políticos que estamos viviendo. Este es un momento de transformación de la salud fuera de los tiempos políticos. Los sectores de la salud no solo hacen el mismo diagnóstico sino que formulan las mismas propuestas. Entonces, hay que aprovechar el momento y deslindarlo del tiempo político, que generalmente enrarece las soluciones por razones que todos conocemos.

Si este último año esta Comisión priorizara el trabajo en este sentido culminaríamos estos cinco años de gestión procurando avances que hasta ahora no hemos logrado. Sería importante aportar desde el punto de vista de la legislación, por ejemplo en lo que tiene que ver con el seguro nacional de salud. Hay decisiones que pasan por políticas de Estado, que surgen del Ministerio, sobre las que nosotros solo tenemos el contralor, pero otras son legislativas. Sin embargo, no ha habido una propuesta definitiva en materia de un nuevo financiamiento. Veremos cómo se puede instrumentar.

Todos estamos comprometidos con esta situación, y en función de ese compromiso es que deben tener la seguridad de que en este Parlamento siempre van a contar con aliados.

SEÑOR LEGNANI.- Un primer elemento puntual es si podemos tener antes del miércoles un informe de cómo se procesó el traslado de los socios de CIMA, por lo menos el número que llegó a cada mutualista, cuántos técnicos médicos y no médicos fueron absorbidos y si se respetaron las proporciones.

El segundo elemento es ver si la Comisión en su conjunto está dispuesta a abocarse al estudio de este tema, porque quedan pocas sesiones. Hay que ver en qué medida se podrían echar las bases de un anteproyecto que dé una solución global al tema de la salud.

SEÑOR GIL SOLARES.- Creo que una de las grandes ausencias en el actual Ministerio y en los precedentes son las auditorías ministeriales hechas a tiempo, preventivas, antes de que se produzcan los desarreglos administrativos. Esto nos permitiría caminar con seguridad en todo lo que es administración.

Una de las cosas más importantes de nuestra labor como Comisión de Salud Pública en este período es que estamos a punto de pasar al plenario la ley de colegiación médica, que va a ser importantísima desde el punto de vista ético moral en la praxis médica directa, en relación con los colegas, con los estudiantes y con todos los trabajadores de la salud. Esto, que va a ser previo al servicio nacional de salud, tiene una trascendencia muy importante, y para ustedes tiene que ser una excelente noticia.

SEÑOR OMODEY.- Esto va a quedar escrito y, además, hay un cronograma; tenemos de las autoridades públicas el compromiso de garantizar el fehaciente cumplimiento del plan B.

Dado que hay pocas instancias como esta y que va a venir el señor Ministro planteo una cuestión: aplicar el plan B en una mutualista que cerró y que dejó afuera a más de seiscientos trabajadores no médicos, implica que haya trabajadores con un perfecto cumplimiento del plan B que no preserven su fuente de trabajo. Entonces les digo a los señores legisladores, con todo el respeto que me merecen, que debería haber capacidad para innovar o recrear y pensar soluciones como las que hubo en la banca o, inclusive, en el sector de la salud privada, donde por ejemplo en algún caso el Estado se hizo cargo de funcionarios. Quizás se pueda pensar en alguna solución en lo relativo con grandes sanatorios que tienen falta de camas.

Nuestra primera preocupación reivindicativa con respecto a la fuente de trabajo es CIMA; el perfecto cumplimiento del plan B no nos garantiza todo.

En general y a propósito de legislaciones, lo que está pasando hoy con la intermediación lucrativa es una ofensa a la inteligencia de todos nosotros. Hay cosas que se pueden hacer rápidamente en materia legislativa en ese sentido como, por ejemplo, lo relativo a medicamentos y seguros parciales.

Voy a terminar mi intervención refiriéndome a lo que decía el señor Diputado Gil Solares, tema que englobo con todo lo relativo al empresariado médico. Por ejemplo, tenemos tres despidos en Bella Unión, en un abuso empresarial de una institución que ni siquiera a la FEMI le está dando "bolilla", por decirlo claro y pronto. ¿Hasta dónde -me refiero a estas empresas que tenemos en la salud privada- debe llegar la fiscalización? Probablemente cuando venga el señor Ministro el próximo miércoles 21 haya alguna novedad. Hasta dónde a veces no hay que intervenir para tratar de salvar lo que se pueda y no esperar pasivamente que se derrumben las cosas.

SEÑOR PRESIDENTE.- En lo personal, siempre hemos mantenido la conducta de recibir a los visitantes y no manifestar nuestras opiniones sobre lo que se comenta; eso lo hacemos posteriormente. Ustedes deben tener presente que esta Comisión, por unanimidad y antes de recibirlos, había decidido invitar al señor Ministro ya que existía preocupación no solo por CIMA sino también por todo lo relativo a la salud. No podemos hablar de todo el mundo porque hoy hay sectores que no están presentes -por ejemplo, no hay nadie del Partido Nacional y del Partido Colorado solo hay un sector representado-, pero es verdad que en este tema existe la misma preocupación y muchas veces visualizamos las mismas soluciones. Creo que es bueno lo que esta Comisión pueda aportar el miércoles 21, donde el objetivo es hablar de todos estos temas, del documento firmado por las partes y hacer un seguimiento.

La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social agradece la visita de una delegación de FUS.

Se levanta la reunión.